**第30回多文化間精神医学会学術総会**

**シンポジウム・パネルディスカッション・ワークショップ抄録フォーム**

**ファイル送付先：30jstp@k-con.co.jp**

**送付期限：2023年8月31日（木）**

|  |
| --- |
| **演者登録情報** |
| 筆頭演者の氏名（漢字）（必須）（例）多文化　太郎 |  |
| 筆頭演者の氏名（ふりがな）（必須）（例）たぶんか　たろう |  |
| 筆頭演者の氏名（英語表記）（必須）（例）Tabunka Taro |  |
| 筆頭演者の所属機関名（必須）（例）多文化大学　医学部　異文化学講座　教授　のように間に全角1ますを入れてください |  |
| 筆頭演者の所属先の郵便番号（必須）（例）123-4567 |  |
| 筆頭演者の所属先の住所（必須）（例）千葉県佐倉市下志津564-1 |  |
| 筆頭演者の所属先の電話番号（必須）（例）03-1234-5678 |  |
| 筆頭演者のメールアドレス（必須） |  |
| 筆頭演者の職種（必須）（例）医師、臨床心理士、看護師･･･ |  |

|  |
| --- |
| **抄録登録** |
| 演題名（日本語は全角70文字以内、英語は半角300文字）（必須） |
|  |
| キーワード（3つ以内） |
|  |
| 抄録本文（全角1200文字以内）（必須）※図表の使用は不可 |

この度は、指定演題の抄録ご提出ありがとうございます。

抄録の提出に合わせ、ご略歴のご提出をお願いいたします。

第30回多文化間精神医学会学術集会　運営事務局